

※ この申請書は資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内に健保組合に到着するよう郵送にてお送り下さい。(FAX不可)
当健保組合への到着が20日間を経過した場合は、任意継続被保険者にはなりません。

提出先: ジェイティービー健康保険組合
〒140-0002 東京都品川区東品川2-3-11
JTBビル4F
Tel: 03-5796-5903

常務理事	事務長	MGR	担当	CPU処理

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

(太枠内をご記入ください)

申請年月日: 令和 年 月 日

退職時の被保険者証記号・番号		氏名	フリガナ
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	性別	男・女
住所	〒	TEL:	不在:
資格喪失時(退職時)の会社名	名称	TEL:	
資格喪失年月日	令和 年 月 日 (退職日の翌日)		

健保記入欄			
資格取得日	退職時の標準報酬月額&保険料	任意継続番号	
昭和・平成・令和 年 月 日	千円 /		
マイナ保険証利用状況	利用中 / 利用登録なし / 申請により解除 / 解除(返納) / 解除(有効期限超過)		

【扶養家族】(在職時に扶養していた家族のみ、引き続き扶養条件を満たしている場合に認定となります)

- 《添付書類》◆配偶者 → ・直近の課税・非課税証明書(原本)(収入金額・控除金額の記載があるもの)
・直近の厚生年金・企業年金基金・障害年金等の改定・振込通知書(写し)(年金受給者のみ必須)
・直近の確定申告書類一式(写し)(確定申告をしている場合のみ必須)
◆子(高校生以上) → 申請年度分の在学証明書(原本)◎原則、申請3ヶ月以内に入手したものが有効です。

氏名	生年月日	性別	続柄
フリガナ	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女	
フリガナ	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女	
フリガナ	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女	
フリガナ	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女	

【健康保険給付金等の振込先】(※申請者本人の名義)

銀行名	支店名	口座番号	名義人(カタカナで記入)
銀行	支店	普・当	

【保険料の納付方法】(※いずれか1つを選択し、○で囲む)(※途中変更は出来ませんのでご注意ください。)

1. 毎月払い	2. 半年払い(年2回)	3. 前納払い(年1回)
---------	--------------	--------------

- 注) 1.毎月払い: その月の10日までに支払い
2.半年払い: 上期/当該年4月(初回分保険料)~同年9月分まで・下期/当該年10月(初回分保険料)~翌年3月分まで
3.前納払い: 当該年4月(初回分保険料)~翌年3月分まで
※ 初回分保険料は割引が適用になりません。
※ 保険料納付書のご案内は年度毎(4月[加入月]~翌年3月分迄)となります。